



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1414 - ¡Ay qué calor! ¡Y qué calor!

M.E. Guerra Hernández^a, A. Blanco García^a, P. López Tens^b, I. Ruiz Larrañaga^c, M. Montes Pérez^d, J. Villar Ramos^e, D. Fernández Torre^f, M. Rodríguez Fariña^g, S.F. Pini^d y J.J. Parra Jordán^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^fMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^gMédico Residente. Centro de Salud Recinto. Ceuta. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años que acude a consulta de Atención Primaria por presentar desde hace 1 semana lesiones cutáneas a nivel pretibial bilateral, junto con tumefacción y dolor de características inflamatorias en ambos tobillos, rodillas y muñecas. No presentó fiebre ni síndrome general, no dificultad para respirar ni alteraciones oculares. Como antecedentes presenta hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 75 ?g e intervenida de 2 cesáreas y ligadura de trompas.

Exploración y pruebas complementarias: EF con signos de artritis en ambos tobillos, no así en rodillas y muñecas; eritema nodoso a nivel pretibial. AP con buena ventilación bilateral. Hemograma: leucocitos = $10.7 \times 10^9 / \mu L$ con fórmula normal, hematíes = $4,42 \times 10^6 / \mu L$, Hb = 11,3 g/dL, VCM = 81 fL, plaquetas = 318.000. Actividad de protrombina = 74%. Bioquímica con PCR = 4,5 mg/dL, VSG = 80 mm, ECA = 29,1 U/L, estudio inmunológico negativo, serología (VHB, VHC; VIH; VEB, CMV) negativa, Mantoux y quantiferon negativos, Radiografía de tórax con engrosamiento hiliar bilateral, TAC torácico con adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales.

Juicio clínico: Síndrome de Löfgren.

Diagnóstico diferencial: De eritema nodoso se realiza con eritema indurado de Bazin (TBC), paniculitis infecciosas, paniculitis del LES, vasculitis (PAN) y lipodermatoesclerosis de la insuficiencia venosa.

Comentario final: El síndrome de Löfgren es una variante de sarcoidosis aguda caracterizado por eritema nodoso, adenopatías hiliares y artritis o artralgias. Es más prevalente en el sexo femenino. El diagnóstico es clínico, sin necesidad de biopsia. El tratamiento consiste en reposo, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); si los síntomas persisten puede indicarse tratamiento con corticoide en dosis baja. Su pronóstico es bueno, cura de manera espontánea en algunos meses.

Bibliografía

1. García-Porrúa C, González-Gay MA, Vázquez-Caruncho M, López-Lazaro L, Lueiro M, Fernández ML, et al. Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. Arthritis Rheum. 2000;43:584-92.

2. Grunewald J, Eklund A. Sex-specific manifestations of Löfgren's syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:40.
3. O'Regan A, Berman JS. Sarcoidosis. Ann Intern Med. 2012;156:ITC5.

Palabras clave: Eritema nodoso. Löfgren. Sarcoidosis. Artralgia.